様式第１３号（第１９条、第２０条関係）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 障害児福祉手当特別障害者手当（福祉手当） | 氏名住所 | 変更届 |
| （ふりがな） |  |
| 受給資格者氏名 |  |
| 住所 |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| （ふりがな） |  |
| 変更後氏名 |  |
| 変更後住所 | 〒電話番号　　　　　（　　　　　）　　　　　　 |
| 上記の理由が発生した日 | 　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 障害児福祉手当及び特別障害者手当の支給に関する省令に基づき、上記のとおり届け出ます。　　　　　　　　年　　　月　　　日氏名　　　　　　　　　　　　　　　春日部市福祉事務所長　あて |

注意

１　氏名又は住所のうち変更するものを○で囲んでください。

２　氏名を変更したときは、変更した日から１４日以内に、次の書類を沿えて提出してください。

　　（１）変更後の戸籍抄本

　　（２）新しい氏名の金融機関の預金通帳